

- angstlösend und beruhigend,
- blähungstreibend und krampflosend,
- desinfizierend und
- nervenschützend (neuroprotektiv).

Bei der Pflege dementer Menschen kann Lavendel teilweise angstlösend und beruhigend wirken, wie auch wissenschaftliche Untersuchungen zeigen (Forrester et al. 2014, Yang et al. 2015). Auch wenn andere Studien eine Wirksamkeit nicht eindeutig belegen konnten (Brasure et al. 2016), bleibt zu berücksichtigen, dass die Nähe und Zuwendung der pflegerischen Maßnahmen in aller Regel wohltuend sein werden.

In der Aromapflege wird meist Lavendelöl **äußerlich** angewendet. Es ist hierbei auch eines der wenigen Öle, welches unverdünnt direkt auf die Haut aufgetragen werden darf. Allergische Reaktionen sind bei Lavendelöl zwar äußerst selten, müssen aber dennoch vorab ausgeschlossen werden.



Praxistipp

Als beruhigende Maßnahme bei Unruhe empfiehlt sich eine Massage oder ein Bad mit Lavendelöl.

- Massage: Vermengen Sie max. 3 Tropfen Lavendelöl mit bis zu 5 Esslöffeln eines Basisöls. Die Mischung kann für eine Ganzkörpermassage angewendet werden.
- Lavendelöl-Bad: Vermengen Sie bis zu 8 Tropfen Lavendelöl mit max. 3 Esslöffeln Honig oder etwas Sahne (als Emulgator). Die Mischung wird direkt ins Badewasser gegeben.

Auch das Einatmen des ätherischen Öls kann eine positive Wirkung entfalten. Hierfür wird ein Tropfen Lavendelöl auf den Handinnenflächen verrieben, um daran zu riechen. Ebenso können bis zu 2 Tropfen des Öls auf ein Taschentuch gegeben werden, um daran zu riechen. Das Taschentuch kann abends auch in der Nähe des Kopfkissens abgelegt werden, um Schlafprobleme und Unruhe zu beheben.



Praxistipp

Lavendelöl kann bei Juckreiz, bei trockener Haut oder nach Mückenstichen, eingesetzt werden:

Juckreizöl bei Insektenstichen: Vermengen Sie bis zu 30 Tropfen Lavendelöl mit etwa 100 ml Wodka. Die Mischung muss vor Gebrauch gut geschüttelt werden, da sich das Lavendelöl in Alkohol nur teilweise löst. Die Mischung kann direkt auf den Insektenstich aufgetragen werden. Neben der Anwendung als Juckreizöl, kann die Mischung auch in eine Sprühflasche gegeben und als Mittel zur Insektenabwehr eingesetzt werden.

Juckreizöl bei körperlichen Erkrankungen

Neben der juckenden „Altershaut“ tritt Juckreiz regelmäßig bei zahlreichen körperlichen Erkrankungen bzw. Symptomen auf, wie z. B. Stoffwechselstörungen, Leukämien, Ikterus oder Urämie. Opioide können ebenfalls einen hartnäckigen und quälenden Juckreiz verursachen. Als Ergänzung oder Alternative zu juckreizstillenden Medikamenten empfiehlt sich eine Mischung aus 20 ml Sonnenblumenöl als Trägeröl und je 3 Tropfen Bergamotte, Zeder, Sanddorn und Zistrose als ätherische Öle (die Menge kann unter Wahrung des Mischverhältnisses beliebig erhöht werden).

Diese Mischung wird auf die juckende Haut, ggf. den ganzen Körper unter Aussparung des Gesichts und der Schleimhäute aufgetragen.

19.4 Biografische Zugänge

19.4.1 Biografiearbeit

Biografiearbeit ist ein fester Bestandteil der Pflege und Begleitung älterer und alter Menschen. Der Begriff der Biografiearbeit wird fast inflationär benutzt und nicht wenige pflegerische Aktivitäten werden mit der Orientierung an der Biografie begründet. Allerdings gibt es nicht die **Biografiearbeit**: Es bestehen sehr unterschiedliche Vorstellungen davon, was Biografie bzw. Biografiearbeit ist und v. a., was sie leisten kann.



Definition

Biografiearbeit bezieht sich auf die Erlebnisse, Erfahrungen und Perspektiven eines Menschen – seine Geschichten und die Bewertung dieser Lebensereignisse durch den Menschen selber (Specht-Tomann 2018).

So gilt sie zum einen als wesentlicher **Schlüssel zum Verständnis** alter Menschen und ihrer Verhaltensweisen (Berendonk et al. 2011). Biografiearbeit wird dabei als „Türöffner“ zur Welt der alten Menschen gesehen. Zum anderen bietet sie (nicht nur) alten Menschen die Möglichkeit von sich und ihrem **Leben zu erzählen**. Menschen rekonstruieren ihr Leben durch die Erzählung ihrer Biografie, ihrer Lebensgeschichte und haben damit auch die Deutungshoheit über ihr Leben (Remmers 2006). Dieses Erzählen von sich, das Erinnern an die eigenen Erlebnisse sind zutiefst menschliche und zudem identitätsstiftende Bedürfnisse; durch das gemeinsame Erzählen werden Erinnerungen geschaffen und Beziehungen geknüpft und vertieft.

Die Erziehungswissenschaftlerin Ingrid Miethe (2017) beschreibt, dass Biografien stets „bedeutungsstrukturiert“ sind. Darunter versteht die Autorin, dass Menschen das Ereignis oder Erlebnis besonders registrieren, dem sie eine Bedeutung zumessen. Die Autorin (2017) beschreibt weiterhin, dass Biografien, wie sie von den Personen berichtet und erinnert werden, immer auch **subjektive Konstruktionen** sind. Biografiearbeit kann dabei helfen, eine Situation umfänglich zu erfassen und einen Gesamtüberblick zu erhalten: Für „eine angemessene Einschätzung und Beurteilung von Problemen und Bewältigungsressourcen muss [...] die Binnenperspektive zugunsten eines distanzierteren Blicks auf die soziale und gesamtbiografische Welt des Menschen [...] verlassen werden.“ (Remmers 2006). Pflegenden haben in der Begleitung von alten Menschen in der Gerontopsychiatrie die Aufgabe, diese „Binnensicht“ der betroffenen Personen zu erfassen und zu berücksichtigen und in den Kontext der Zeitgeschichte und des sozialen Umfelds zu setzen.

Biografiearbeit bietet immer auch Anknüpfungspunkte für die **Beziehungsgestaltung** zwischen Pflegenden und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen (► Abb. 19.10). Im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018) wird die Forderung erhoben, dass: „Die Pflegefachkraft [...] über Wissen und Kompetenzen zur Information, Anleitung und Beratung über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote sowie deren Einbindung in Alltagssituationen“ verfügt. Pflegerische Handlungen werden idealerweise durch die Biografie bzw. durch die Bedeutung, die durch die Biografie diesen Handlungen zugemessen wird, geleitet und die Zielsetzung daraufhin ausgerichtet. Damit ist die Biografiearbeit keine Therapie,

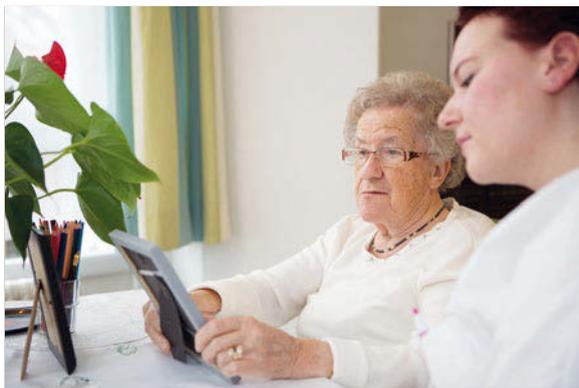


Abb. 19.10 Biografiearbeit. Biografiearbeit ist der „Türöffner“ zur Welt alter Menschen. (Quelle: © K. Oborny/Thieme Group)

vielmehr die **Grundlage** für viele Konzepte in der Pflege und Begleitung alter Menschen.

Die Biografie unterscheidet sich vom Lebenslauf eines Menschen dadurch, dass sie eine existenzielle Konstruktion ist, die jeder für sich selbst erfinden und finden muss (Herriger 2020a). Während ein Lebenslauf faktische Lebensereignisse erfasst, liegt der Biografie auch immer eine **Bewertung** und **Interpretation** des Lebensverlaufes aus der Sicht des Betroffenen zugrunde (Schilder 2007).

Jeder Mensch, der die eigene Biografie oder auch die Biografie eines anderen Menschen schildert und darlegt, nimmt damit immer eine Interpretation bzw. Deutung vor. Folgt man dabei dem personenzentrierten Ansatz, sollten Menschen als Person die Möglichkeit haben, dass ihre Biografie aus ihrer **eigenen Perspektive** heraus gedeutet und interpretiert wird. Durch die Bewertung aus der Sicht des Betroffenen wird die **narrative Identität** (Kitwood 2019) konstruiert. Die Lebensgeschichte eines Menschen wird zudem durch die Gesellschaft und die aktuelle Zeitgeschichte beeinflusst. Ereignisse werden möglicherweise nach Jahren anders gedeutet und dadurch auch anders erinnert als zum Zeitpunkt des Ereignisses.

Gleichzeitig bildet die Biografie die Grundlage dafür, wie aktuelle oder zukünftige Ereignisse bewertet werden. Die bisherige Lebensgeschichte hat z. B. einen großen Einfluss darauf, wie ein bevorstehender Heimeinzug empfunden wird (Schilder 2007).

Wird die Biografie ausschließlich von außen, durch Pflegenden oder Angehörige, gedeutet, besteht immer die Gefahr einer **Fehldeutung** – besonders dann, wenn Ereignisse oder Handlungsweisen nur ausschnittsweise von außen betrachtet und interpretiert werden. Möglicherweise werden sie verkürzt wahrgenommen und dann auch so dargestellt. Wird es dabei belassen und die Binnenperspektive der Betroffenen nicht berücksichtigt, kann dadurch der Blick auf die tatsächliche gegenwärtige Situation verstellt werden.

Beispiel



Die Kriegszeit war nicht zwingend für jeden Menschen ein schlimmes Erlebnis. Es ist auch möglich, dass diese Zeit bei Menschen, die nicht direkten Kriegseindrücken ausgesetzt waren und die Kriegszeit als Kind als sehr behütete Zeit erlebt haben, positive Erinnerungen weckt. Möglicherweise wird erst die Nachkriegszeit als sehr negativ erlebt, die z. B. durch Flucht oder durch Mangel an Lebensmitteln gekennzeichnet war.

Der Rückblick auf das bisher gelebte Leben bietet für alte Menschen und für die sie betreuenden Pflegenden die Möglichkeit, auf **bewährte Verhaltensmuster** und Strategien zurückzugreifen und diese weiter nutzen zu können.



Merke

„Menschen [konstruieren] die Erfahrung der Sinnhaftigkeit der eigenen Lebensgeschichte und der eigenen Lebenswege in Selbsterzählungen (Selbstnarrationen) (...). In dem Maße also, in dem wir Menschen Ereignisse erzählend sortieren und anderen kommunizieren, konstruieren und rekonstruieren wir ‚Lebensinn‘.“ (Herriger 2020a).

Methoden der Biografiearbeit

Biografiearbeit ist keine Therapie, sie ist die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte eines Menschen und sie kann nach der Psychologin und Psychotherapeutin Monika Specht-Tomann (2018) in **unterschiedliche Ansätze** und Anwendungsbereiche gegliedert werden, von denen einige in der Pflege alter Menschen relevant sein können:

- edukativer Ansatz, den Pflegenden zur Verbesserung der Compliance nutzen können
- Ansatz zur Arbeit mit der Lebensbilanz alter Menschen
- Ansatz zur zeithistorischen Arbeit
- Ansatz zur (auch psychologischen) Begleitung in besonderen Situationen

Diesen unterschiedlichen Ansätzen ordnen sich **unterschiedliche Formen** und Beschreibungen von Biografiearbeit unter, die nachfolgend beschrieben werden.

Erinnerungspflege



Definition

Erinnerungspflege legt den Akzent auf eine detailgetreue Rekonstruktion der Handlungskontexte, Erfahrungshorizonte und Sinnzusammenhänge vergangener Lebensgeschichte.

Hierbei geht es darum, möglichst genau und im Sinne der betroffenen Person Ereignisse und Erlebnisse aufzugreifen und zu erinnern (Herriger 2020a). „Wie sich ein Leben entfaltet, offenbart sich eher durchs Erzählen als durch die erzählten, konkreten Ereignisse. Geschichten sind keine ‚Chroniken‘, nicht die Aufzeichnungen, die sich ein Schriftführer während einer Sitzung macht, um später genau darlegen zu können, was sich zugetragen hat. In Geschichten geht es weniger um Fakten als um Bedeutungen. Beim subjektiven und beschönigten Erzählen wird die Vergangenheit konstruiert – Geschichte wird hergestellt“, beschreibt der Psychologe Daniel Lawrence Schacter, der auf dem Feld der Gedächtniswissenschaft forscht (2001). Der Pflegewissenschaftler Hartmut Remmers (2006) betont aus der Sicht der Pflegewissenschaft und Soziologie, dass dabei die Fähigkeit zur Selbstvergewisserung, die Autorenschaft der Lebensgeschichte und die Expertenschaft für das eigene Leben den betreffenden Personen zugesprochen werden muss. Auch in den Rahmenempfehlungen des BMG wird die Beschäftigung mit lebensgeschichtlichen Ereignissen und Bezügen zu gelebten Beziehungen als identitätsstär-

kend beschrieben; sie haben eine positive Auswirkung auf das soziale Zugehörigkeitsgefühl (BMG 2006).

Beispiel

Vielleicht kennen Sie die Situation, wenn Sie in eine „neue“ Familie eingeführt werden. Wie bei solchen Familienfeiern häufig üblich, wird vielleicht vom besonderen Geburtstag einer Großtante erzählt, die Sie nicht kennen. Erinnerungen werden gepflegt; wie z. B. dass bei diesem Geburtstag der Haushund die exklusive Torte auffraß. Sie können aber nicht lachen, da Sie dieses Ereignis nicht erlebt haben. Vielleicht fühlen Sie sich aus dieser Erzählung sogar ausgeschlossen. Sie kennen die Details nicht, die die anderen Gäste fröhlich diskutieren. Ein Gefühl der Zugehörigkeit stellt sich erst dann ein, wenn man dieses Ereignis selbst miterlebt hat und/oder die Geschichte bei folgenden Familienfeiern immer wieder erzählt wird. Sie erinnern dann immer noch nicht das Ereignis „Hund frisst Torte“, aber die Reaktion auf das Erzählen dieser Geschichte. So wird durch gemeinsam erlebte oder immer wieder erzählte Ereignisse Gemeinsamkeit hergestellt.

Menschen müssen in einer Beziehung zu anderen stehen, um in einen Dialog eintreten zu können, das gilt auch für den biografischen Dialog. Oder, wie der Religionsphilosoph Martin Buber es bereits 1923 ausdrückte, „Der Mensch wird am Du zum Ich“. Es lohnt sich, diesen Gedanken auch in der neueren Auflage dieser Grundschrift von Buber nachzuspüren (2006). Dazu gehört, dass die „Anderen“ (die Pflegenden oder die Angehörigen) dann auch über die jeweilige Situation informiert sind. Denn wenn wir nichts über individuelle oder gemeinsame zeitgeschichtliche Erfahrungen wissen, können wir als Pflegenden keine gemeinsame Erinnerung und keinen Dialog herstellen. Pflegenden müssen also, um Erinnerungsarbeit zu leisten, nicht nur Kenntnisse über die **individuelle Lebenssituation** des jeweiligen Menschen haben, sondern es sind auch Kenntnisse über die **jeweilige Zeitgeschichte** erforderlich, damit sich Gemeinsamkeit und das Gefühl der Zugehörigkeit einstellen kann.

Biografischer Dialog

Definition

Der **biografische Dialog** bzw. die Kontextualisierung von Lebensentwürfen zielt darauf ab, dass Menschen einer 2. oder 3. Person von sich selbst erzählen (Herriger 2020b).

Indem wir anderen von uns und über uns erzählen, stabilisieren wir unsere eigene Identität.

Beispiel

Ein besonders schöner Kinoabend wird häufig erst dann abgerundet, wenn wir davon erzählen können oder schöne Sequenzen im Nachgang miteinander besprechen können. Der Abend ist erst dann gelungen, wenn dieses Erlebnis mit anderen geteilt werden kann. Oder wir gehen allein gar nicht erst ins Kino, weil es „allein keinen Spaß macht“, weil wir dann das Ereignis nicht mit anderen teilen können.

Kompetenzdialog

Definition

Der **Kompetenzdialog** folgt einer expliziten Zukunftsausrichtung. Dabei ist der Fokus nicht primär in die Vergangenheit gerichtet, sondern durch Lebensarrangements, die in die Zukunft gerichtet sind, sollen dem Betroffenen ein Zugewinn von Selbstverfügung, Lebensautonomie und der Umweltkontrolle möglich gemacht werden (Herriger 2020a).

Dazu ist es erforderlich zu wissen, welche Lebensstrategien die Person in ihrem bisherigen Leben verfolgt hat, um dies aufgreifen zu können.

Beispiel

Aus der Vergangenheit eines Menschen ist bekannt, dass er sich bei schlechter Stimmung in die Badewanne zurückgezogen hat oder er alternativ einen Spaziergang an der frischen Luft gemacht hat. Dabei konnte er entspannen und er fühlte sich nach einem ausgiebigen Bad oder dem Spaziergang wieder besser. Die Zukunftsausrichtung könnte darin bestehen, diese Strategien weiterhin zu ermöglichen. Seine Selbstpflegefähigkeiten könnten gestützt werden, wenn weiterhin ein Entspannungsbad oder ein Aufenthalt im Freien möglich sind, um die Lebensqualität zu sichern.

In der Begleitung von Menschen mit Demenz kommt der Biografiearbeit als Kompetenzdialog eine hohe Bedeutung zu. Wenn es dem Betroffenen nicht mehr möglich ist, diesen Dialog anzustoßen und aufrechtzuerhalten, ist es umso wichtiger, diesen von außen **inzuleiten** und **zu stützen**. In der personenzentrierten Pflege ist es für die Begleitung von Menschen mit Demenz von „essenzieller Bedeutung“, die Lebensgeschichte aufzugreifen und dadurch Identität zu stiften. Wenn Pflegenden einigermaßen detailliert über die Lebensgeschichte und deren Deutung einer jeden Person Bescheid wissen, so können sie, selbst wenn die Person nicht mehr dazu in der Lage ist, an seiner narrativen Identität festhalten. Zudem ermöglicht die **Empathie**, auf eine Person in der Einzigartigkeit ihres Seins als Du zu reagieren (Kitwood 2019).

Umgang mit sensiblen Daten

Besonders Informationen, die die betroffene Person vertrauensvoll, z. B. einer bestimmten Pflegeperson anvertraut hat, dürfen nicht „Allgemeingut“ werden. Fragen nach besonders sensiblen Daten, wie der politischen oder der sexuellen Ausrichtung in der Jugend, sind nicht immer zwingend erforderlich, um die Lebensgewohnheiten von Bewohnern zum heutigen Zeitpunkt zu erfassen und befriedigen möglicherweise nur die Neugier der Fragenden.

Möchte die betroffene Person nicht über einen bestimmten Angehörigen sprechen, so ist es oft wichtiger, dies zu wissen und zu akzeptieren, als Informationen darüber einzuholen, warum das so ist oder welche Begebenheiten dazu führten. Hier sollte nicht unbedingt an hohen Feiertagen, wie z. B. Weihnachten, nach dem Verbleib dieses Angehörigen gefragt werden, sondern Biografiearbeit heißt hier, zu wissen, es gibt eine Disharmonie in der Familie. Man kann aber auf andere Familienangehörige Bezug nehmen.

Die **dokumentierten Daten** unterliegen den allgemein geltenden Grundsätzen der Datensicherheit.

Biografiearbeit bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Biografiearbeit wird als eine Möglichkeit gesehen, **gedächtnis-stärkende Angebote** zu gestalten. Sie ist nicht die Aufgabe einer einzelnen Berufsgruppe. Biografisches Erzählen ist ein Grundbedürfnis des Menschen zur Selbstverwirklichung und Selbstwahrnehmung – auch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wie z. B. einer Demenz.

Biografische Arbeit kann auch die einmalige Chance sein, konstruktive und Ich-stützende **Bewältigungsmechanismen** zu fördern. Der Kern besteht in der Erhaltung und Stärkung der Identität. Gelebte Bindung und die dabei gemachten positiven Erfahrungen können im Verlauf des Lebens für Menschen wichtig sein und bleiben. Solche Erfahrungen können lebenslang verfügbar sein und damit als Ressourcen zur Alltagsbewältigung genutzt werden, z. B. bei Lebenskrisen und schwerer Krankheit (Stuhlmann 2018).

Lebensgeschichtliche Erfahrungen bestimmen, wie Menschen Erlebnisse bewerten. Sie beeinflussen die Erwartungen der Menschen an die Zukunft. Pflegende müssen um diese lebensgeschichtlichen Erfahrungen wissen, um den Bewohnern Orientierungshilfen im Alltag geben zu können.

Alte Menschen sind in der häuslichen und stationären Pflege im besonderen Maße von Autonomieverlust bedroht. Sie benötigen ein Gegenüber, das es ihnen ermöglicht, trotz dieses Verlustes weitestgehend selbstbestimmt leben zu können. Relative Autonomie erlangen sie vielfach erst dadurch, dass andere, v. a. Pflegende, ihnen diese **Autonomie** noch zugestehen. Häufig sind Außenkontakte und die Kommunikation eingeschränkt. Besonders Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, verbal zu kommunizieren, sind diesbezüglich auf Unterstützung von außen angewiesen. Indem ein Gegenüber (z. B. Pflegende) mit den alten Menschen oder auch zu anderen über sie spricht und somit als Kommunikationspartner zur Verfügung steht, kann Identität gestiftet bzw. gestaltet werden (► Abb. 19.11). Zur Herstellung von Identität können u. a. die Nutzung von vertrauten Gegenständen, Fotos, Gesang und Musik beitragen (Stuhlmann 2018).

Durch dieses Anknüpfen an biografisch bekannte Gewohnheiten und Strategien wird ein Lebensumfeld gestaltet, das Vertrautheit schaffen kann. Gerade das Leben in einer stationären Einrichtung benötigt in besonderem Maße ein Umfeld, in dem diese Vertrautheit im Alltag spürbar und für alte Menschen erfahrbar ist (Bosch 1998).

Pflegende und alle weiteren Beteiligten müssen von sich aus den Dialog zu den alten Menschen aufnehmen, häufig auch anstoßen und dabei die alten Menschen und ihre Lebenserinnerungen ernst nehmen. Ist der Kontext, in dem das Leben verlaufen ist, allen Beteiligten bekannt, kann gemeinsames Erzählen oder auch Erinnern von Alltagserfahrungen leichter gelingen.

Merke

Pflegende benötigen neben Kenntnissen über die Biografie auch Informationen zu den zeitgeschichtlichen Ereignissen der zu betreuenden Menschen, um in den jeweiligen Sinnzusammenhängen handeln zu können. Entscheidend ist dabei auch, dass allen Betroffenen bewusst ist, dass der Lebenslauf allein nicht die Biografie oder die Lebensgeschichte umfasst.



Abb. 19.11 Vertrautheit im Alltag schaffen. Durch gemeinsames „Schwelgen in der Vergangenheit“ können auch im Pflegealltag Orientierungshilfen gegeben werden. (Quelle: © K. Oborny/Thieme Group)

Zielsetzung

Zielsetzungen, Ansätze, Methoden und theoretische Grundlagen von Biografiearbeit variieren z. T. erheblich und werden in ihrer Begrifflichkeit nicht immer trennscharf genutzt (Herriger 2020a). In der Pflege und Begleitung alter Menschen sollte aber allen Beteiligten klar sein, was mit dem jeweiligen Ansatz des biografischen Arbeitens angestrebt wird: Soll es „nur“ Spaß machen, von früher zu erzählen, oder soll ein definiertes Ziel im Kompetenzdialog angestrebt werden.

Das scheinbar „sinnfreie“ Erzählen von früher bietet immer die Möglichkeit, dass alte Menschen sich kompetent und erfolgreich fühlen können. Sie haben die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten zu beschreiben und Kenntnisse einzubringen, die im Alltag einer stationären Einrichtung oft nicht mehr gefragt sind.



Merke

Erinnerungspflege ist eine hochwirksame pflegerische Intervention – jeden Tag eine kleine Dosis kann das Wohlbefinden und die Persönlichkeit stärken.

Kommunikation, Interaktion, Kooperation

Kommunikation wird als existenziell für die Biografiearbeit beschrieben, Gesprächsgruppen bilden das Kernstück für Erinnerungsgruppen. Als geplante, gezielte und zeitlich begrenzte Maßnahme wird sie häufig als Gruppenereignis gestaltet. Biografiearbeit wird dabei als Form der Interaktion mit einem Gegenüber gesehen, bei dem keine Zweckgebundenheit besteht, kein ausgewiesenes Ziel verfolgt wird. Biografie ist dann lustvolles Schwelgen in der Vergangenheit, das den Beteiligten durchaus Spaß bereiten kann. Der personenzentrierte Ansatz in der Pflege hat hingegen den Anspruch, Biografiearbeit als identitätsstiftendes Angebot gezielt anzubieten.

19.4.2 Reminiszenztherapie

Definition

Reminiszenztherapie (REM) wurde in den 1970er-Jahren als spezielle Therapieform für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Demenz oder Depression) entwickelt. Sie bezieht Lebenserinnerung in eine kognitive Therapie ein und nutzt Erinnerungen für therapeutische Ansätze. Damit geht Reminiszenztherapie über eine reine Betrachtung der Lebensrückschau hinaus. Erste Ansätze lassen vermuten, dass diese Reminiszenztherapie auch bei Menschen mit Demenz unterstützend sein kann, eine Wirkung ist aber noch nicht abschließend geklärt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie et al. 2016).

Der Begriff der Reminiszenztherapie (REM) ist, wie der der Biografiearbeit auch, sehr schillernd und wird vielfältig und für unterschiedliche Ansätze genutzt. Ursprünglich entwickelte der Psychiater Robert N. Butler die Reminiszenztherapie in den 1970er-Jahren als ein Konzept des **Life Reviews**. Dabei werden Rückblicke aus dem Leben, die sog. „Lebensrückschau“ als Grundlage einer kognitiven Therapie genutzt, allerdings ausdrücklich als Therapieprogramm für Menschen mit psychiatrischen Störungen. Die Anwendung bedarf einer (zumeist) psychologischen Ausbildung und geht weit über ein gemeinsames und durchaus lustvolles Erinnern, z. B. in Gruppenaktivitäten während eines Beschäftigungsprogrammes eines Altenheimes, hinaus. Dieses Programm baute auf dem Modell der lebenslangen Identitätsentwicklung des Psychologen und Psychoanalytikers Erikson auf. In den USA hat sich eine eigene Forschungscommunity mit eigenen Publikationsreihen dazu entwickelt, z. B. „The International Journal of Reminiscence and Life Review (IJRLR)“. In der S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN u. DGN 2016) wird die Reminiszenz/autobiografische Arbeit als Aktivierung von autobiografischen, insbesondere emotional positiv besetzten Altgedächtnisinhalten beschrieben. Diese Therapie ist im Gegensatz zur Biografiearbeit ausdrücklich ein **kognitives Therapieverfahren**. Allerdings ist die Wirkung der Reminiszenztherapie bei Menschen mit Demenz noch nicht abschließend geklärt.

19.5 10-Minuten-Aktivierung

19.5.1 Konzept

Die Senioren- und Maltherapeutin Ute Schmidt-Hackenberg entwickelte die 10-Minuten-Aktivierung speziell für demenziell erkrankte Menschen. Das Verfahren trägt dem Umstand Rechnung, dass demenziell Erkrankte nur eine kurze Zeit **konzentriert** einer Beschäftigung nachgehen können. Durch ihren begrenzten Zeitaufwand kann die Aktivierung spontan in den Tagesablauf eingebaut werden, ohne große Vorbereitungen treffen zu müssen.

Schmidt-Hackenberg legt großen Wert auf die spezifischen Sozialisationskontexte, die nicht nur in den täglichen Umgang mit den Betroffenen, sondern auch in die Übungen mit einzubeziehen sind. Es geht nicht nur um ein zielgerichtetes Angebot für die einzelnen Bewohner, sondern auch um einen **gemeinsamen Austausch** (► Abb. 19.12), denn die Pflegeperson oder die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes können bei der Durchführung ebenfalls vom Bewohner lernen und seine Sicht der Dinge aufnehmen.



Abb. 19.12 10-Minuten-Aktivierung. Gegenstände aus verschiedenen Themenfeldern laden die Sinne ein und sind mit geringem Zeitaufwand zur Aktivierung nutzbar. Die Angebote sollten so gewählt werden, dass kein Bewohner unter- oder überfordert wird. (Quelle: © K. Oborny/Thieme Group)

Merke

Auch Nichtfachkräfte können die Übungen der 10-Minuten-Aktivierung mit Patienten bzw. Bewohnern durchführen. Dies kann bei entsprechender Organisation zu einer breiten Palette von Aktivitäten führen.

19.5.2 Ziele

Ziel der 10-Minuten-Aktivierung ist es, Patienten mit Demenz anzusprechen und zu aktivieren (Schmidt-Hackenberg 2010). Die Angebote sind an der **Biografie** der Betroffenen ausgerichtet, sodass diese an frühere Lebensabschnitte erinnert werden, in denen sie kompetent Inhalte der ausgewählten Gegenstände und deren Funktionen erklären und ausführen konnten.

Die Aktivierung soll letztlich v. a. Leben in den Alltag bringen. Je nach Auswahl der Übungen können spezielle **Bereiche** gefördert werden:

- Feinmotorik (Handarbeiten oder Wäsche falten)
- allgemeine Mobilität (Kaffeemahlen, Tische eindecken, handwerkliche Tätigkeiten)
- Stärkung des Selbst durch kompetente Beteiligung in der Runde
- Verbesserung der Erinnerung durch mehrkanaligen Zugang (unterschiedliche Sinne werden genutzt)
- ins Gespräch kommen und Beziehungen stärken

19.5.3 Durchführung

10-Minuten-Aktivierungen können praktisch zu **allen Tageszeiten** durchgeführt werden. Sinnvoll ist es, dabei einige der folgenden Grundbedingungen zu berücksichtigen:

- Gruppen gleichartig Betroffener bilden
- die Teilnehmer immer wieder individuell mit dem Namen ansprechen
- biografisches Wissen berücksichtigen
- nur einfache, überschaubare Anforderungen stellen
- wenn Übungen vorgesehen sind, diese möglichst lebendig vormachen
- niemals korrigieren
- alle Sinne ansprechen (akustisch, visuell, gustatorisch, taktil, vestibulär, olfaktorisch)



- Gesagtes immer aufgreifen
- auf regionale Besonderheiten wie Dialekt oder Gebräuche eingehen
- Ruhepausen einlegen

Die Vorgehensweise knüpft am Individuellen an und betont die **Kompetenz** des Bewohners. Es wird immer versucht, ganze Handlungsabläufe zu nutzen.

Beispiel



Ein Stück Kernseife wird von Hand zu Hand weitergereicht, daran gerochen und darüber gesprochen: „Kernseife hatte sehr unterschiedliche Einsatzbereiche. Sie wurde nicht nur zur Körperreinigung benutzt, sondern auch zum Waschen der Wäsche.“ Passend zum Gespräch über das Waschen des Körpers mit Kernseife dürfen sich nun alle Personen mit Pflegebedarf mit der Kernseife die Hände waschen.



Abb. 19.13 Themenbox „Nähen“.
(Quelle: © K. Oborny/Thieme Group)

19.5.4 Hilfsmittel

Schmidt-Hackenberg (2010) schlägt als eine Möglichkeit vor, für den Bewohner eine **persönliche Zeitung** zu erstellen. Diese sollte Informationen über das frühere Privat- und Berufsleben der Patienten enthalten. Zum Beispiel könnten bei einer Hausfrau neben den eigenen Bildern auch Anregungen durch Küchen- oder Werbebilder aus ihrer Jugendzeit gegeben werden. Bei einem Herrn, der stolz auf sein Motorrad war, könnte ein Bild einer alten BMW mit Beiwagen abgebildet werden. Die Inhalte sollten verschleißfest (z. B. laminiert oder in Klarsichthüllen) gesammelt werden. Diese Zeitungen haben meist durch das beeinträchtigte Kurzzeitgedächtnis immer wieder Neuigkeitswert (Maciejewski et al. 2001).

Auf den ersten Blick widerspricht dieses Vorgehen vielleicht den eigenen Wertevorstellungen. Es sollte jedoch bedacht werden, dass der Betroffene auf diese Weise immer wieder mit ihm vertrauten Dingen und Situationen zusammengebracht wird, in denen er sich wiederfindet. Wiederholungen sind eher erwünscht und an für den Menschen mit Demenz Neues muss man sich vorsichtig herantasten.

Darüber hinaus wird empfohlen, sog. **Gedächtnisschränke oder Gedächtniskisten** einzurichten, die nach Themen geordnet sind (► Abb. 19.13). Oberthemen könnten z. B. sein:

- Küche (Kochen und Backen)
- Büro
- Jahreszeiten
- Werkstatt
- Feste usw.



Praxistipp

Vorgefertigte Materialien oder Themenboxen erleichtern die Anwendung, da nicht erst Gegenstände gesucht werden müssen. Diese Sammlungen können natürlich auch als anregende Dekoration in einer Vitrine oder auf geeigneten Kommoden oder Tischen ausgestellt werden.

Anmerkung: Aktivitäten wie die 10-Minuten-Aktivierung oder ähnliche Angebote sind erfahrungsgemäß oft an traditionell weiblichen Tätigkeiten ausgerichtet. So werden häufig die typischen Haushaltstätigkeiten beobachtet. Auch wenn die psychisch erkrankten Männer oft in der Minderzahl sind, ist es doch notwendig, auch diesen entsprechende Angebote zu machen (mit Werkzeugen, Technik, Sport usw.).

Neben wiederverwendbaren Gegenständen kommen auch saisonale natürliche Materialien wie z. B. im Herbst Heu oder Laub infrage.

19.6 Bibliothherapie

19.6.1 Konzept



Definition

Bibliothherapie bedeutet wörtlich: „Therapie mithilfe von Büchern.“ Diese Erkenntnis geht bis in die Antike zurück, in manchen Klosterbibliotheken findet sich noch die Inschrift „Lesen heilt“.

Literatur jeder Art kann dabei eingesetzt werden mit dem Ziel der Heilungsunterstützung oder Heilung selbst und für das persönliche Wachstum. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Selbsthilfe-Bücher einen positiven Einfluss auf Menschen haben (Ingham 2014).

Die therapeutische Wirkung des Lesens besteht primär in der **Entspannung**. Es soll neben der Entspannung zu einer kognitiven Erweiterung und einer vertieften Selbsterkenntnis kommen. Auch psychisch kranke Menschen profitieren von gezielt eingesetzten Selbsthilfe-Materialien (Fanner u. Urquhart 2008). Hierbei erfüllen verschiedene Literaturformen unterschiedliche Funktionen (Drewes 2006). Diese Form des therapeutischen Angebots richtet sich v. a. an **chronisch kranke Patienten**.

Als Basis der Bibliothherapie wird die Intuition der Menschen genutzt, die nicht auf Erklärung oder Verstehen beruht, sondern **bildhaft** ist und einen ganzheitlichen Bezug zur Welt herstellen kann. Während in den USA und Skandinavien Kliniken, Schulen, Gefängnisse, Rehabilitationszentren, Beratungsstellen, Kinder- und Altenheime gezielt Bibliothherapie einsetzen, findet sie in Deutschland noch keine weitreichende Anwendung.

19.6.2 Ziele

Bibliothherapie ist eine Form der Psychotherapie, die dem Lesen eine ganz besondere Bedeutung beimisst (Grest 2020). Sie basiert auf der Grundannahme, dass die Literatur eine heilkräftige Wirkung in sich trägt und so bei der **Bewältigung** schwerwiegender

Lebensereignisse helfen kann. Sie wirkt darüber hinaus **entspannend**, aber auch **sicherheitsfördernd**. Lesen soll

- Gedanken-Schutz-Räume schaffen,
- Gedanken und Gefühle stimulieren,
- Krankheitssymptome durch Entlastung reduzieren,
- die innere Belastung senken,
- Gefühle und Unsagbares ausdrücken und ihnen nachsinnen,
- Kreativität als Schaffenskraft fördern,
- Konzentration und Gedächtnisleistung stärken.

Merke



Natürlich kommt es bei der Wirkung in besonderem Maße auf die Auswahl der Literatur an. Egal, ob Bibliotherapie aktiv (lesen) oder passiv (vorgelesen bekommen) angewendet wird, sie kann zu mehr Gelassenheit, Aktivität und allgemeinem Wohlbefinden führen.

Die Bibliotherapie kann bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung eine besondere Rolle spielen.

19.6.3 Durchführung

Bibliotherapie kann **einzel**n, aber auch in **Gruppen** durchgeführt werden. Die Therapie sollte ungestört durchgeführt werden können. Bei der angeleiteten Bibliotherapie ist die Person mit Pflegebedarf **Zuhörer** von vorwiegend lyrischen Texten oder Märchen, die in entspannter Atmosphäre vorgelesen und aufgenommen werden. Zur allgemeinen Anregung können auch Mundartgeschichten, Erzählungen oder bekannte Gedichte vorgelesen werden.

Märchen können bei demenziell erkrankten Patienten auch in Gruppen eingesetzt werden. An die alten Märchen können sich die älteren Patienten oft noch sehr gut erinnern. Darüber hinaus erzeugt **Märchenerzählen** eine gute Stimmung und wirkt beruhigend. Hierzu trägt auch die besondere und eigene Melodie der gesprochenen Sätze bei. Jeder kennt: „Es war einmal ein Prinz ...“ oder „... und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute.“ In einigen Seniorenheimen kommt regelmäßig eine „Märchenerzählerin“, um Märchen und Gedichte vorzulesen (Maciejewski et al. 2001). Die Grenze zwischen streng therapeutischem Einsatz der Bibliotherapie und einer allgemeinen Aktivierung oder Stimmungsverbesserung durch die vorgetragenen Texte ist schwer zu ziehen.

Ob das Abspielen moderner **Hörbücher** ähnliche Effekte erzielt wie das Vorlesen, ist nicht geklärt und muss zukünftig noch weiter erforscht werden. Auch in der Begleitung Schwerstkranker könnte überlegt werden, ob das Vorlesen von Märchen nicht beruhigend und sicherheitsfördernd auf die Betroffenen wirkt.

19.7 Kynotherapie

Definition



Kynopädagogik oder **Kynotherapie** bezeichnet die Einbindung von Hunden (griech.: kynes) in die pädagogische und therapeutische Arbeit mit Menschen.

Das Kuratorium Deutscher Altershilfe sieht in Tieren allgemein v. a. **Trost- und Freudenspender** (Maciejewski et al. 2001). Hunde können Türöffner durch das Wachrufen von Erinnerungen an Frü-

her, aber auch wegen ihrer bedingungslosen Zuwendung sein (Hänsch 2019). Hundebesuchsdienste werden in vielen Ländern wie den Niederlanden, den USA usw. angeboten. Die Arbeit in Gruppen mit speziell ausgebildeten Hunden findet zunehmend Beachtung auch in Deutschland.

19.7.1 Konzept

Herzstück der Kynotherapie ist die **interspezifische Kommunikation** – also eine Kommunikation zwischen Mensch und Hund – als sichtbare und unsichtbare sowie als absichtslose und zielgerichtete.

Im Sinne dieser Kommunikation befinden sich die Plätze der Hunde auf speziellen, teilweise erhöhten Hockern im Halbkreis zwischen den Teilnehmern der Gruppe. Die Vierbeiner werden während der Arbeit einerseits gelenkt bzw. delegiert und erhalten andererseits auch Freiraum, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Das heißt, die Hunde dürfen sich auch jederzeit aus Situationen lösen, in denen sie sich nicht (mehr) wohl fühlen – sie bekommen in diesem Zusammenhang keine absolut bindenden Anweisungen. Auch die Menschen (hier die Seniorinnen und Senioren) bekommen zunächst bestimmte Strukturen und Muster als Vorgabe, nach denen sie mit den Hunden kommunizieren können und mit denen sie im Laufe der Zeit immer eigenständiger umzugehen lernen. Der Übungsleiter tritt nach Möglichkeit in den Hintergrund.

19.7.2 Ziele

Durch die Interaktionen mit den Hunden werden **gefördert/verbessert**:

- Wahrnehmung
- Fein- und Grobmotorik
- kognitive Fähigkeiten
- Kurzzeitgedächtnis
- Konzentration
- Erlebnisfähigkeit
- Kreativität
- soziale Kompetenz
- Kommunikationsfähigkeit
- Sprache

Das wiederum führt zu einer höheren emotionalen Stabilität, einem besseren Selbstwertgefühl und schenkt mehr Lebensqualität, Zufriedenheit und Lebensfreude (► Abb. 19.14).



Abb. 19.14 Kynotherapie. Der Einsatz von Hunden in der Betreuung gerontopsychiatrisch Erkrankter ermöglicht eine vielseitige Anregung der Betroffenen. (Quelle: © K. Oborny/Thieme Group)

Oft wird auch das **Langzeitgedächtnis** angesprochen, v.a., wenn die Patienten früher selbst einen Hund hatten. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang folgende Beobachtungen:

- Hunde helfen den Senioren, sich auf die verschiedensten Formen von Kommunikation einzulassen, auch wenn sie durch andere Therapieformen/Konzepte nicht mehr erreichbar sind. Sie befreien aus der Isolation.
- Hunde machen es demenziell Erkrankten möglich, die Gegenwart bewusst mit allen Sinnen zu erleben, sich selbst wahrzunehmen und die eigenen Emotionen auszudrücken.
- Hunde ermöglichen es demenziell Erkrankten, sich im Hier und Jetzt zu orientieren.
- Schließlich erreichen Hunde, dass viele demenziell Erkrankte ihr Kurzzeitgedächtnis „wiederentdecken“ und vieles, was mit den Hunden zu tun hat, überraschend gut behalten wird.
- Hunde erreichen leichter und schneller, worum Menschen sich oft lange Zeit vergeblich bemühen.
- Die Betroffenen sind wieder bereit, Verantwortung zu übernehmen.
- Natürlich ist auch die Kynopädagogik/Kynotherapie kein „Heilmittel“ für jedermann, sondern für solche Menschen, die eine natürliche Akzeptanz für Hunde besitzen.

Es wird vermutet, „dass der Hund langfristig aufhellende und aktivierende Maßnahmen stützen und einleiten kann, die das Krankheitsbild der Demenz erheblich verbessern“ (Olbrich u. Otterstedt 2003).

Merke



Der Einsatz von Hunden setzt voraus, dass die Pflegenden diesem Verfahren positiv gegenüberstehen und es selbst durchführen oder die Durchführung organisatorisch unterstützen. Auch die teilnehmenden Personen mit Pflegebedarf sollten eine natürliche Akzeptanz für Hunde besitzen.

19.7.3 Durchführung

Eine standardisierte Ausbildung der Hunde oder der Hundeführer befindet sich in Deutschland noch im Aufbau. Eine Vereinheitlichung wird angestrebt. An der Kynotherapie-Gruppe nehmen nur solche Patienten teil, die keine Angst vor Hunden haben. Die **Gruppensequenz** orientiert sich an der Bereitschaft der Patienten und dauert nicht länger als eine halbe Stunde.

Die Inhalte wechseln zwischen Kunststücken seitens der Tiere, bei denen die Personen mit Pflegebedarf zuschauen, und Aktivitäten, bei denen sie selbst gefordert sind. Die Hunde bringen z. B. weggeworfene Bälle wieder und erhalten von den Personen mit

Pflegebedarf eine Belohnung, die sie zuvor aus einer kleinen Tasche holen.

Großer Wert wird auf den **sozialen Beziehungsaufbau** zwischen Hund und Mensch gelegt. Hierzu werden die Hunde im Umgang mit erkrankten Menschen speziell geschult.

19.8 Humor

Alter und psychische Krankheit werden i. d. R. nicht mit Humor und Lachen verbunden. Vielmehr ist die Rede von „Gebrechen“, von „Abbau“, vom „Verlust“ oder sogar vom „bevorstehenden Ende“. Krankenhäuser oder Altenheime scheinen kaum der richtige Ort zu sein, um herzlich lachen zu können. Gebietet nicht der Respekt vor den alten kranken Menschen, sie im wahrsten Sinne des Wortes ernst zu nehmen? Zeitdruck, knappe personelle Ressourcen, überbordende Bürokratie und nicht enden wollende Tätigkeitsnachweise lassen die Pflegenden eher verzweifeln, als humorvoll an die Arbeit zu gehen. Dabei kennen viele die befreiende und anregende Kraft des herzhaften Lachens.

Der Altersmediziner, Psychologe und Psychotherapeut Rudi Hirsch (2008) spricht von dem Humor als „Trotzmacht“, der es gelingt – **trotz** aller Widrigkeiten im Leben – zu einer heiteren Gelassenheit zurückzufinden. Humor ist in der Lage, angespannte Situationen schlagartig zu verändern. Es ist nicht möglich, zur gleichen Zeit zu lachen und ängstlich, beklommen oder beschämt zu sein. **Befreiendes Lachen** kann viele Beziehungsprobleme lösen und Aggressionen entschärfen (► Tab. 19.3). Es ist enorm ansteckend. Nach Hirsch (2008) ist der Humor für die Gestaltung eines angstfreien, sinnvollen Lebens so wichtig, dass er nicht ernst genug genommen werden kann. Folgerichtig sieht der Mediziner es als Aufgabe auch der Pflegenden an, im kranken oder pflegebedürftigen Menschen den Sinn für Humor zu wecken, ihn zu fördern und zu rehabilitieren.

Humor ist damit ein wesentlicher Faktor zum Erhalt bzw. zur Förderung von Gesundheit. Dies bezieht sich nicht nur auf psychische Beeinträchtigungen, sondern auch auf körperliche Beschwerden. ► Tab. 19.3 verdeutlicht darüber hinaus die positiven Wirkungen auf die zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation. Gerade in herausfordernden pflegerischen Situationen kann Humor eine enorm entlastende Funktion besitzen.

Eine Fülle von **Humortechniken** können diese Humorfähigkeit fördern (Hirsch 2019), u. a.:

- Überraschung
- Absurdität
- Inkongruenz
- Wortspiel oder
- Imitation

Aus diesem Grund sind immer mehr Einrichtungen dazu übergegangen, sog. Geri- oder Klinikclowns zu engagieren – und dies nicht nur in der Kinderabteilung (Fey 2013).

Tab. 19.3 Gesundheitliche Aspekte des Humors (Quelle: Hirsch RD. Humor und Heiterkeit im Alter – Ressource und Schmiermittel. In: Bischofberger I, Hrsg. Das kann ja heiter werden, Humor und Lachen in der Pflege. 2. Aufl. Bern: Huber; 2008: 197).

Humor verringert	Humor fördert
<ul style="list-style-type: none"> • quälende und chronische Schmerzen • Gefühle der Eingengtheit und emotionale Starre • Hilflosigkeit, Einsamkeit und soziale Isolation • Scham- und Schuldgefühle • Angst, Verzweiflung und quälendes Grübeln • aggressive und destruktive Impulse gegen sich und andere 	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche und psychische Genesungsprozesse • Abwehrsystem und Widerstandskräfte • Entspannung und Genießen • Selbstvertrauen und Selbstsicherheit • Alternativen und Kompetenzen • Kommunikationsverhalten • Wohlbefinden sowie Freude und Interesse am Leben • Mühseligkeiten des Lebens weniger ernst zu nehmen • menschliche Schwächen, Fehler und Mängel leichter aufzulösen

19.8.1 Humoranamnese

Humor ist erlernbar, und viele alte Menschen haben ihn glücklicherweise noch nicht verloren. Respektvoll vorgetragen und eingesetzt braucht er auch vor dementen Menschen nicht haltzumachen.

Die Pflegeexpertin Iren Bischofberger (2008) hat ein Konzept zum Lachen und zum Humor in der Pflege vorgestellt. Für die pflegerische Praxis schlägt sie zunächst vor, mit der Person mit Pflegebedarf oder ihrer Angehörigen eine Humoranamnese zu erheben, die sich an den folgenden Fragen orientiert:

- Nennen Sie 3 Dinge oder Personen, die Sie zum Lachen bringen.
- Welche humorvollen Erinnerungen haben Sie an Ihre Kindheit?
- Welche Art von Humor mögen Sie?
- Welche Komiker mögen Sie? Welche mögen Sie nicht?
- Wie würden Sie Ihren Sinn für Humor beschreiben?
- Wann und wie ist es Ihnen möglich, Humor trotz der Erkrankung zu erleben?
- Wie hat sich Ihr Humor im Verlauf der Erkrankung verändert?
- Welche negativen Seiten von Humor haben Sie bereits erlebt?
- Welche Art von Humor schätzen Sie bei Ihren Pflegepersonen und Ärzten?

Lernaufgabe

Wie sehr ist Ihr Humor entwickelt? Worüber können Sie selbst lachen? Lachen Sie gerne mit anderen oder lieber für sich allein? Können Sie auch über sich selbst lachen – gerne zusammen mit anderen? Wenn ja, haben Sie die höchste Stufe des Humors erreicht!

19.8.2 Humorinterventionen

Ausgehend von diesen Informationen kann Humor indirekt, direkt oder geplant eingesetzt werden. **Indirekter Humor** wird durch Filme, Comics, Witzbücher, Kassetten oder Juxartikel ange-regt, ist also nicht direkt abhängig von der intervenierenden Person. **Direkter Humor** ist gekennzeichnet durch direkte verbale oder nonverbale Kommunikation mittels Wortspielen, Scherzen usw. **Geplant** werden kann eine Humorintervention z. B. durch den Auftritt eines Clowns oder dem Vorlesen einer lustigen Geschichte (Bischofberger 2008). Beispiele für Humorinterventionen sind:

- Humor zum Thema im Team und in der Einrichtung machen
- humoristisches Willkommensgeschenk anbieten
- Angehörige veranlassen, humorvolle Geschenke mitzubringen
- Humor-Tagebuch anlegen (Bewohner, Patienten, Team)
- Humor im Leitbild verankern
- Witze erzählen
- Humorseite in der Hauszeitschrift/Humorzeitung gestalten
- humorvolle Videos, CDs, Bücher, Comics usw. anschaffen
- Humorkoffer mit Jux-Artikeln und anderen humoristischen Gegenständen einsetzen
- Humorwand/Humorecke in der Abteilung/Wohngruppe
- Humorgruppen anbieten
- Clowns einladen

Für die Auswertung der Humorinterventionen ist es nach Bischofberger (2008) ratsam, deren Wirkung zu erfassen bzw. zu erfragen. Haben die Patienten, Bewohner oder deren Angehörige eine Entspannung oder andere Veränderungen gespürt oder gab es vielleicht negative Reaktionen? Neben der **entspannenden und erheiternden Wirkung** verbessern Humorinterventionen

die **Kommunikation** zwischen den Beteiligten. Und nicht zuletzt: Lachen ist gesund!

Lernaufgabe

Worüber können Sie in Ihrem Team in Ihrer Einrichtung lachen? Entdecken Sie humorvolle Situationen in Ihrem (Berufs-)Alltag und teilen Sie diese mit Ihren Kollegen.

Wie sagte Charly Chaplin so treffend: „Vergiss nie, zu lächeln: Ein Tag ohne Lächeln ist ein verlorener Tag“.

19.9 Mehrdimensionale Zugänge

19.9.1 Mäeutik

Definition

Das **mäeutische Modell** verbindet Elemente der Validation, des Realitätsorientierungstrainings, sensorischer Verfahren wie dem Snoezelen und biografische Ansätze miteinander. Wesentlicher Aspekt ist die Einbeziehung des intuitiven Wissens der Pflegenden.

Die Kommunikation und Zusammenarbeit der Pflegenden miteinander werden auf ihr Erleben und Empfinden hin reflektiert. So umfasst dieses Modell nicht nur das lebensorientierte Einfühlen in die Welt des Erkrankten, sondern auch das verbesserte Verständnis für die Beziehungen innerhalb des Pflegeteams (van der Kooij 2017).

Mäeutik bedeutet von seinem Ursprung her „Hebammenkunst“, im mäeutischen Pflegemodell bedeutet Mäeutik „Erlösung“ oder „Befreiung“. Das mäeutische Pflegemodell wurde von der Krankenschwester und Historikerin Cora von der Kooij entwickelt, ausgehend von der Validation nach Naomi Feil (S. 354).

Ebenen des mäeutischen Modells

Das mäeutische Pflegemodell beinhaltet 4 Ebenen:

- Die **erlebensorientierte Pflege** als Pflegemodell, d. h. der Kontakt, die Beziehung zum Menschen mit Demenz steht im Mittelpunkt. Die Wechselwirkung der Gefühle zwischen Pflegenden und dementen Menschen ist dabei von großer Bedeutung. „Letztendlich ist es die Verbindung zwischen Fühlen und Denken, zusammen mit der Bereitschaft zu reflektieren und zu kommunizieren, die erlebensorientierte Pflege ausmacht“ (van der Kooij 2017).
- Der Pflegeprozess wird als **mäeutischer Pflegeprozess** gestaltet, d. h. die Betonung liegt auf der Verletzbarkeit, der Akzeptanz von Abhängigkeit und der bedürfnisorientierten Kommunikation und Dokumentation.
- Die **Bezugspflege** wird als Organisationssystem vorausgesetzt. Damit wird der Beziehungsgestaltung Rechnung getragen.
- Die **lernende Organisation**, d. h. das mäeutische Pflegemodell wird auf die gesamte Einrichtung übertragen.

19.9.2 Selbsterhaltungstherapie

Merke

Die Selbsterhaltungstherapie (SET) hat zum Ziel, die personale Identität zu erhalten und zu stärken, das emotionale Gleichgewicht zu stabilisieren und depressive Reaktionen zu vermindern.



Merke

Die Selbsterhaltungstherapie geht davon aus, dass durch das Üben von biografischem Wissen, das selbstnahe Wissen aktiviert oder reaktiviert werden kann.



Konzept

Die SET wurde von der Diplom-Psychologin Barbara Romero Anfang der 1990er-Jahre als Rehabilitationsprogramm für demenzkranke Patienten entwickelt. Dieses Programm basiert auf der Theorie von Robert Butler, der in den 1960er-Jahren die psychotherapeutische Wirkung und die das Selbst unterstützende Funktion des Erinnerns erkannte (Maciejewski et al. 2001). Es basiert auf einem respektvollen Umgang und einer wertschätzenden Haltung dem Kranken gegenüber sowie der Kombination medikamentöser Behandlung mit psychosozialen Hilfen. Darüber hinaus werden in besonderem Maße die Angehörigen eingebunden und großer Wert auf ein interdisziplinäres Team gelegt.

Definition

Die **Selbsterhaltungstherapie** ist ein neuropsychologisch fundiertes Rehabilitationsprogramm für Menschen mit Demenz, insbesondere für Personen mit einer Alzheimer-Demenz. Ein wesentlicher Bestandteil ist die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie.



Das Selbst ist ein zentrales kognitives Schema des Menschen, welches Informationen aufnimmt, verarbeitet und behält. Romero beschreibt das Selbst als eine übergeordnete Einheit, die aus allen wesentlichen kognitiven Fähigkeiten, aber auch aus der Haltung und den Affekten einer Person bestehen.

Das Selbst besitzt eine wichtige Aufgabe bei der Steuerung von kognitiven und emotionalen Prozessen. Diese Prozesse sind meistens unbewusst; das Selbstbewusstsein stellt nur einen Aspekt des Selbst dar (Romero 2004). Darüber hinaus ist das System des Selbst nicht statisch, sondern entwickelt sich fortwährend weiter, u. a. durch neue bedeutende Erfahrungen.

Durch Kompetenz-, Rollen- und Kontrollverlust oder durch ungewohntes Verhalten, wie dies bei einer demenziellen Erkrankung geschieht, wird dieses System destabilisiert. Die Auswirkungen können sich in negativen Gefühlen wie Angst, Scham, Aggression oder Depression äußern.

Mit der SET wird das Streben nach Sinnstiftung und Kohärenz unterstützt. Dies wird dadurch erreicht, dass die Anforderungen den Möglichkeiten des Betroffenen angepasst werden. Das gilt sowohl für Handlungen als auch für die Kommunikation und ist v. a. deshalb notwendig, damit der Betroffene ein Identitäts- und Kontinuitätsgefühl erlangt und sich das Selbst-System immer wieder neu ordnen kann.

Ziele

Das übergeordnete Rehabilitationsziel der SET ist, das Selbst in seiner Kohärenz und Funktionsfähigkeit zu erhalten (Romero 2004).

Dies soll durch die systematische Beschäftigung mit der bedeutenden Erinnerung der einzelnen Person erreicht werden. Ziel ist es, Kommunikation, alltägliche Aktivitäten und systematische Beschäftigung als wesentliche Erfahrungsbereiche zu nutzen, damit das Selbst-System stabilisiert werden kann.

Mit den Angehörigenprogrammen werden 2 weitere Ziele verfolgt:

- Vermittlung von Wissen und Erfahrungen, die helfen können, den Kranken im Alltag zu begleiten (im medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich)
- Entlastung der Angehörigen als von der Erkrankung mitbetroffener Personenkreis

Durchführung

Die Selbsterhaltungstherapie ist ein offenes Konzept, das sich der unterschiedlichsten Techniken und Verfahren bedient, solange sie dazu dienen, das Selbst zu stärken. So gehören zu den Maßnahmen u. a.:

- medikamentöse Behandlung
- Kunsttherapie
- Entspannung, Sport und Gymnastik
- Physiotherapie
- Freizeitgestaltung, erlebnisorientierte Aktivitäten

Die Nutzung der verschiedenen Maßnahmen ist im Wesentlichen davon abhängig, in welchem Kontext die SET genutzt werden soll. So sind die Möglichkeiten im ambulanten Bereich z. B. stark von den Möglichkeiten der Angehörigen und den teilstationären Angeboten abhängig.

SET-Phasen

Die Selbsterhaltungstherapie gliedert sich in 3 Phasen:

1. **Selbst-Diagnose:** Der Patient erzählt über sein Leben. Werden Bereiche oder Ereignisse von ihm betont, so werden diese in der 1. Phase als gegenwärtig wichtig für das Selbst des Patienten betrachtet und entsprechend festgehalten.
2. In der 2. Phase wird mit den gewonnenen Informationen ein externes Gedächtnis erstellt, in dem alle wesentlichen Informationen festgehalten sind. Diese können auch in Form von Liedern, Bildern, Büchern oder Zeitungsartikeln bestehen.
3. Der Patient nutzt das externe Gedächtnis und erzählt über die zusammengetragenen Inhalte. Diese wichtigen Inhalte werden in der 3. Phase wiederholt angesprochen mit dem Ziel, selbstnahe Wissen zu erhalten. Verloren gegangene Wissensinhalte werden aus dem externen Gedächtnis gestrichen. Aktuelle neue Informationen werden aufgenommen und verwendet.

Parallel zu diesen Phasen bekommen die Angehörigen die verschiedensten Angebote wie psychotherapeutische Hilfen und soziale Beratung. Darüber hinaus können sie an Entspannungsgruppen teilnehmen (S. 338).